

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juin 1895, à 1 heure

PAR

Hermann WESSBERGE,

Né à Paris, le 31 janvier 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Médaille de Bronze de l'Assistance publique.

LA SCROFULE MODERNE

Comparée

A LA SCROFULE ANCIENNE

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges : { M. GRANCHER, professeur.
MM. BRISSAUD { *Agrégés.*
TUFFIER

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

354

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Juin 1895, à 1 heure

PAR

Hermann WESSBERGE,

Né à Paris, le 31 janvier 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris,

Médaille de Bronze de l'Assistance publique.

LA SCROFULE MODERNE

Comparée

A LA SCROFULE ANCIENNE

Président : M. STRAUS, professeur.

M. GRANCHER, professeur.

Juges : { MM. BRISSAUD } Agrégés.
TUFFIER }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	RETTERRER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Mes fidèles soutiens.

A MADemoiselle HENRIETTE ALBERT

A MADAME HARIÈS-LIÉNARD

Officier d'Académie.

A M. H. DIETZ

Professeur agrégé de la Faculté des Lettres.

MES PREMIERS MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE DOCTEUR J. STRAUS.

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES DEUX MAÎTRES VÉNÉRÉS.
Dans les Hôpitaux.

A M. LE D^r CUFFER
Médecin de l'hôpital Necker.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE D^r TENNESSON
Médecin de l'hôpital Saint-Louis..

PRÉFACE

Avant d'écrire les modestes pages qui doivent marquer le terme de nos études médicales, nous voudrions adresser un respectueux hommage à tous nos chefs qui ont bien voulu nous faire profiter de leur enseignement pendant les quelques années d'études que nous avons faites à la Faculté de médecine et dans les hôpitaux : nous avons cité M. le professeur Farabeuf, MM. les docteurs Duplay, Poirier, Bazy, Cuffer, Berger, Tenneson, Bourcy, Variot, M. Porte, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis.

Parmi eux, toutefois, il en est deux dont nous avons tenu à inscrire les noms en tête de ce mémoire, parce qu'ils n'ont pas été pour nous que des chefs bienveillants, mais qu'ils nous ont guidé, pour ainsi dire, pas à pas. Ils n'ont pas seulement cherché à nous faire profiter de leur expérience ; ils ont écouté nos erreurs avec tant d'indulgence, il nous ont accordé dans nos entretiens tant de liberté, que nous aurions été tenté parfois de ne voir en eux que des amis dévoués si leur science ne nous avait fait souvenir qu'ils étaient, avant tout, nos maîtres. Certes, nous

ne voudrions rendre aucun d'eux responsable des fautes que peut contenir ce travail, mais s'il renferme quelques idées justes, c'est certainement pendant les deux années d'externat passées au service de M. le docteur Cuffer, et notre quatrième année passée chez M. le docteur Tenneson que nous les avons puisées. Leur souvenir toujours restera cher à notre cœur.

Qu'il nous soit encore permis de remercier tout particulièrement M. le docteur Petit, rédacteur en chef de la *Revue de la Tuberculose* ; M. le docteur Paul Poirier, chef des travaux anatomiques, et M. le docteur Paul Gastou, chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis ; nous n'avons pas oublié ce qu'ils ont fait pour nous.

Nous tenons aussi à témoigner notre reconnaissance à M. Porte, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, et à son interne, M. Ratié, qui ont guidé nos recherches dans l'analyse des urines.

Merci enfin à M. le docteur Alfred Charpentier, notre fidèle compagnon d'études, dont la sollicitude ne s'est jamais démentie pendant la préparation de tous nos examens et qui a mis, avec tant de libéralité, sa belle bibliothèque à notre disposition.



INTRODUCTION

Il n'est peut-être pas d'époque dans l'histoire de l'humanité, où les travaux scientifiques se soient aussi prodigieusement accumulés, où les doctrines aient subi des modifications aussi brusques et aussi profondes que dans la seconde moitié de ce siècle. Et si ce que nous disons est vrai pour les sciences en général, cela est vrai surtout pour la médecine. Quand nous, étudiants, parcourons les livres de pathologie qui ont été écrits il y a quelque cinquante ans, ce n'est pas sans un profond étonnement que nous y lisons les doctrines qui régnaient alors, des idées de nos anciens maîtres nous apparaissent tantôt comme le fruit de méditations métaphysiques, tantôt comme des échos lointains d'antiques traditions. Le langage même qui les exprime nous est parfois difficile à comprendre ; il nous semble, en vérité, que leur médecine soit celle d'un autre âge.

C'est en vain que nous chercherions les liens de transition entre les idées médicales du commencement de

ce siècle et celles d'aujourd'hui ; il ne s'agit pas d'une évolution plus ou moins prompte, il s'est fait là un changement magique. Quelle est donc l'origine de cette révolution ? Elle se résume tout entière en un illustre nom dont la gloire dépassa peut-être par son éclat, toutes celles que célébra jamais la science !

Lorsque M. E. Pasteur eut établi les premières bases des théories microbiennes modernes, « trois conclusions, dit M. le professeur Jaccoud (1), furent hâtivement formulées et acceptées, qui ne tendaient à rien moins qu'à supprimer l'étiologie médicale.

« En premier lieu, les microbes pathogènes ont été considérés comme étrangers à l'organisme sain ; par suite, les maladies auxquelles ils peuvent donner lieu, ont été exclusivement attribuées à l'intrusion de ces microbes dans le milieu organique. Admirable simplicité qui réduisait toute l'étiologie à un accident de pénétration bactérienne ! L'évidence contraignit pourtant à faire une part au terrain de pénétration, c'est-à-dire aux dispositions organiques individuelles ; mais ce fut là la concession unique.

« En second lieu, les microbes pathogènes ont été considérés comme produisant respectivement des effets toujours les mêmes ; à un microbe donné, répond une seule maladie toujours identique, laquelle ne peut être

(1) Clinique médicale faite à l'hôpital de la Pitié, le 12 novembre 1892. (*In. Bulletin Médical*, nov. 1892. p. 1807).

produite par aucun autre microbe. A l'unité de cause, fut ainsi ajoutée l'unité d'effet, et la simplicité de l'étiologie ne fut plus seulement admirable, elle devint idéale.

« En troisième lieu, les microbes pathogènes ont été considérés comme possédant l'immutabilité des espèces, c'est-à-dire qu'on leur a assigné la fixité des attributs, sans transition possible d'une espèce à une autre ; c'était affirmer l'immutabilité du rapport entre la cause et l'effet, c'est-à-dire entre le microbe et la maladie : c'était par suite dénier à l'organisme vivant tout pouvoir modificateur soit de la cause, soit de l'effet.

« Ainsi fut parachevée une théorie étiologique nouvelle, qui put paraître victorieusement assise sur les ruines de la doctrine séculaire de la spontanéité morbide ».

Qui de nous, dès nos premières années d'études, n'a salué avec enthousiasme les idées nouvelles que les merveilleux résultats de la chirurgie paraissaient si bien confirmer ! Mais plus tard, quand nous sommes allés dans des services de médecine générale, nous avons vu que les variétés morbides infinies que présente la clinique, pour une même maladie étaient loin de répondre à la simplicité théorique que nous avions rêvée. A mesure que nous cherchions à interpréter les faits cliniques, des notions nouvelles sont venus s'ajouter à celles déjà acquises. Nous nous sommes aperçus que si les organismes pathogènes étaient nombreux et leurs modes d'actions bien divers, le terrain n'était pas non plus un élément invariable, réagissant pour tous les individus d'une manière identique en

présence d'un même microbe. La diversité des états morbides répondant à l'invasion d'un même microbe est si grande, l'influence modificatrice de nos tissus si évidente que nous reconnaissons pour notre part avec M. le professeur Jaccoud (loc. cit.) « qu'aujourd'hui comme toujours, la prédisposition et la spontanéité morbides sont les éléments *supérieurs* et *dominants* de l'étiologie médicale » (1).

Sans doute les bactériologistes ne nient pas l'influence du terrain ; ils en parlent à la préface de tous leurs travaux, mais il n'est pas besoin d'une longue expérience pour voir que dans leurs études comme dans leurs doctrines, ils tendent involontairement à assimiler les fonctions si complexes de l'organisme humain à un simple bouillon de culture.

(1) Ces idées sont celles qui ont été défendues par Peter contre celles de M. Pasteur. Nous savons qu'elles ne sont plus admises par la majorité des médecins. Bien que ce travail ait été fait dans le service de M. le Dr Tenneson, nous croyons que les idées que nous venons d'émettre au sujet de la spontanéité morbide ne sont pas les siennes, et nous prenons personnellement la responsabilité de ce qui vient d'être écrit. Nous connaissons trop l'indépendance d'esprit de notre maître pour nous imposer la moindre restriction dans nos idées.

M. Tenneson ne croit pas à la spontanéité des maladies ; mais il enseigne que la graine et le terrain, le microbe et l'état antérieur des tissus ont une égale importance. Le micro-organisme pathogène est la *cause efficiente* de la maladie infectieuse ; les milieux vivants lésés antérieurement, soit héréditairement, soit accidentellement, en sont la *cause matérielle* ; les mots soulignés étant pris dans le sens strict que leur donne la philosophie ancienne.

Si nous nous sommes permis de faire ces réflexions qui peuvent paraître tout d'abord étrangères à notre sujet, c'est que l'école pastoriennne ne s'est pas contentée de proclamer l'influence prépondérante des microbes dans les maladies considérées jadis comme contagieuses ; encouragée par ses succès, elle a cherché à étendre ses doctrines à toute la pathologie ; elle a cherché des bactéries partout, sans se douter peut-être qu'en nous montrant ces micro-organismes répandus d'une manière si universelle, elle diminuait par cela même leur valeur pathogénique. Et encore la victoire qu'elle semblait remporter sur le terrain de la pathologie générale ne lui a pas suffi. Elle n'a pu se résoudre à arrêter sa course vertigineuse pour marcher pas à pas à côté de la clinique, elle a voulu la devancer. Rayant d'un trait de plume les écrits des vieux maîtres fruits de tant de labeur et de patientes observations, elle ne tend à rien moins qu'à supprimer la clinique, cet antique berceau de la médecine, et fière de ses premiers triomphes, elle semble oublier que le laboratoire (si incontestable que soit son utilité) n'a d'autre raison d'être que d'interpréter des faits ; or, en médecine, le fait c'est la clinique ; des bactériologistes pourront découvrir tant qu'ils voudront des bacilles de Koch dans des pleurésies primitives, il ne feront jamais admettre à un médecin que toute pleurésie primitive soit fatalement tuberculeuse ! En soutenant des affirmations aussi absolues, ils ne s'exposent pas seulement à être contredits par les faits, mais ils risquent fort d'obscurcir des questions qui sans être complè-

tement résolues étaient cependant assez élucidées pour suffir aux besoins de la clinique. N'est-ce pas ce qui est arrivé pour la scrofule ? Que reste-t-il de l'ancienne conception de cette diathèse ? Après en avoir retranché les lésions appartenant à la syphilis héréditaire, le microscope a décrété que tout ce qui restait était tributaire de la tuberculose ; de sorte que pour les uns toute la scrofule ancienne doit se partager entre la tuberculose et la syphilis ; pour d'autres on a rangé sous ce nom des lésions banales qui n'ont rien de commun avec la scrofule ; pour d'autres encore, scrofule serait synonyme de lymphatisme et pour tout le monde ce terme évoque tellement des malentendus que l'on serait bien heureux de le supprimer. Notre maître M. le Dr Tenneson avait souvent attiré notre attention sur ce sujet, et bien que notre collègue et ami M. Paul Grasset l'ait traité en partie, il nous a engagé à le reprendre en l'envisageant à un autre point de vue. C'est que nous allons essayer de faire, guidé par ses conseils.

Le plan de ce mémoire sera celui-ci.

Nous examinerons d'abord ce que l'on entendait par scrofule avant l'ère bactériologique.

Nous nous demanderons ensuite comment les idées anciennes peuvent être interprétées avec les théories pathogéniques actuelles. Cet examen nous conduira à l'un des trois résultats suivants :

Ou bien les lésions dites jadis scrofuleuses peuvent rentrer toutes dans le cadre de maladies spécifiques bien déterminées à l'heure actuelle (syphilis, tuberculose).

Ou bien il ne restera après cette analyse que des lésions banales sans qu'aucun lien ne les relie entre elles.

(L'un ou l'autre de ces deux résultats conduirait tout naturellement à supprimer l'idée de scrofule).

On enfin il nous restera en dehors de la syphilis et de la tuberculose des lésions qui, soit par leurs caractères particuliers, soit par leur ensemble, méritent un chapitre spécial de pathologie.

Si cette dernière hypothèse se trouve confirmé, nous essayerons d'en dégager la notion clinique.



PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE DE LA SCROFULE

CHAPITRE I^{er}

Historique de la question

(Lugol, Lebert, Bazin).

Le mot de *scrofule* se retrouve dans les ouvrages les plus anciens de la littérature médicale : notre intention n'est pas de retracer l'histoire complète de tout ce qui se rattache à ce terme ; il nous faudrait pour cela plus de temps et plus de place que nous n'en avons, et cette longue énumération de travaux n'aurait d'ailleurs aucune utilité pour nous ; nous n'analyserons que les principaux qui aient été écrits dans ce siècle, ceux de Lugol, de Lebert, de Bazin qui font époque dans l'histoire contemporaine de la scrofule.

Il est un point sur lequel ces auteurs sont tous d'accord, c'est que la scrofule n'est ni une lésion spéciale, ni une entité morbide localisée à un appareil quelconque, mais une maladie essentiellement constitutionnelle. Nulle part cette idée n'est émise aussi nettement que dans Lugol (1) : « il n'y a, à parler rigoureusement, de scrofule d'aucun tissu, d'aucun organe ; c'est dans tous les cas la même maladie qui attaque plus particulièrement chez un malade le système muqueux, chez un autre le système dermoïde, cellulaire, osseux, etc..., mais sans se fixer jamais sur aucun d'eux d'une manière isolée ».

Si, toutefois, nos trois auteurs s'entendent pour considérer la scrofule comme une diathèse, il n'en est plus de même pour la façon dont ils la conçoivent. Lugol décrit sous le nom de scrofule toutes les lésions des viscères, du tissu, cellulaire de la peau et des os que nous savons aujourd'hui être de nature tuberculeuse (lupus, ostéites, tumeurs blanches, tuberculose pulmonaire, abcès froid) et y ajoute les lésions des muqueuses, de la peau, coryza, otite, impétigo du cuir chevelu, que l'on considère actuellement comme dues à des infections banales, non spécifiques. Toutes ces lésions ont pour lui la même origine : *le tubercule* (2). « Qu'est-ce que le vice scrofuleux ? Nous ne répondrons pas à la question ainsi posée parce qu'elle

(1) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, 1844, Avant-propos, page 11.

(2) *Loco citato*.

est insoluble ; nous pouvons seulement affirmer que l'existence de ce vice, quel qu'il soit, est congéniale et *qu'elle est toujours révélée par le développement de tubercules*. Cette production est en effet la scrofule elle-même, son signe anatomique pathognomonique, celui-là seul qui la caractérise et qui donne de la valeur à tous les autres symptômes..... Pour nous, le tubercule est de même origine et reconnaît le même mode de formation dans tous les organes : il est lui-même une sorte d'organe qui a sa forme particulière comme le foie et la rate ont la leur propre ; comme eux, il fait son évolution spontanée (1) ; c'est une production pathologique qui modifie profondément tous les éléments organiques, et par suite leurs fonctions, et qui imprime au sujet qu'elle affecte une complexion particulière qui n'est autre que la complexion tuberculeuse, complexion originaire de laquelle dérivent ensuite les tubercules qui peuvent envahir tous les tissus, *et un nombre infini de maladies improprement appelées scrofuleuses* ».

Par cette conception, Lugol peut être considéré, en quelque sorte comme le chef des unicistes. « Imbu (2) de l'idée qu'un produit morbifique spécial devait avoir constamment pour point de départ un état morbide identique, et son expérience et son bon sens ne lui permettant

(1) Lugol écrivait en 1844.

(2) Bazin : « Leçons sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritisme » p. 26.

pas de démembrer la scrofule, d'en retrancher toutes les affections tuberculeuses qui s'y rattachent essentiellement il a préféré en faire la source de toutes les productions tuberculeuses et a confondu ainsi la scrofule avec la phtisie essentielle ». La cause unique de la scrofule était pour lui l'hérédité. Mais chose singulière, Lugol qui connaissait pourtant bien les caractères anatomiques du tubercule admettait que de nombreuses circonstances pathologiques ou hygiéniques survenant chez des individus non scrofuleux pouvaient produire la scrofule de leurs enfants. « Nous passons à un autre ordre de causes héréditaires. Nous allons voir l'homme originairement bien constitué acquérir certains états de santé qu'il transmet à ses enfants sous quelques unes des formes de la scrofule, en sorte qu'il devient l'origine, la souche, d'une famille scrofuleuse qui commence à lui et qui accuse son imprévoyance.

« Ces états de santé sont tous ceux dans lesquels la faculté de reproduction est affaiblie ou dégradée. Ils peuvent se développer par suite de maladies accidentelles, par les progrès de l'âge, ou par quelque autre cause physiologique. Ainsi des parents syphilitiques, ceux qui abusent des plaisirs vénériens, ceux qui se marient trop jeunes ou qui ne renoncent que trop tard au célibat, etc... créent des enfants scrofuleux. »

Diamétralement opposées, sont les idées de Lebert (1).

(1) Lebert. *Traité pratique des maladies scrofuleuses*. p. 27.

Esprit éminemment précis, il prend pour point de départ les caractères anatomiques des lésions mêmes, et ne pouvant trouver des tubercules chez tous les scrofuleux, il devait naturellement différencier les lésions tuberculeuses d'autres lésions non tuberculeuses dont les caractères anatomiques ne sont pas « exclusivement propres aux scrofules », mais qui par leur « tendance à la généralisation et à leur succession ne permettent pas non plus qu'on les classe parmi les phlegmasies chroniques simples. »

Bien qu'il reproche à Hufeland d'avoir trop chargé le tableau du faciès scrofuleux, il reconnaît cependant comme caractéristique l'épaississement de la lèvre supérieure, la bouffissure de la face, l'élargissement de la région sous-maxillaire. Seulement comme il ne pouvait avoir à son époque les éléments de contrôle que Koch devait nous donner plus tard, il range parmi les affections scrofuleuses, et à côté des ostéites, des conjonctivites, etc. les lupus et les tumeurs blanches.

A part ces détails il n'est pas moins vrai que dans leurs caractères généraux, au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, il avait nettement séparé la tuberculose de la scrofule. « La (1) fréquente coïncidence des deux maladies chez le même individu ferait croire pour les deux maladies à un principe semblable *qui ne serait cependant pas identique parce que l'une et l'autre des deux affections peut se localiser*

(1) Loco. citato.

sans être compliquée l'une et l'autre chez le même individu. »

Quelque soit la valeur que nous accordions pour le moment aux opinions de Lugol et de Lebert, elles ont du moins cet avantage d'être précises et de ne susciter aucun malentendu dans notre esprit. Pour Lugol, il n'y a pas de scrofule distincte de la tuberculose ; tous les malades « improprement appelés scrofuleux sont tuberculeux » (1). Pour Lebert, au contraire, les tubercules peuvent bien se manifester chez des scrofuleux ; mais dans sa pureté, la scrofule est parfaitement distincte de la tuberculose, et la distinction de ces deux affections réside précisément dans la présence de tuberculoses dans l'une, et dans leur absence dans l'autre. Le critérium invoqué par Lebert est, en vérité, le même que nous invoquerons plus loin, seulement ce critérium n'existait pour lui que sous la forme anatomique, alors qu'il existe aujourd'hui pour nous sous une forme plus précise, sous la forme bactériologique ; c'est ce qui explique comment cet esprit si clair et si pénétrant a pu faire rentrer dans la scrofule des affections dont le contrôle bactériologique seul pouvait démontrer la nature (lupus, tumeurs blanches, etc.). Etant donné la fréquence des tubercules chez les scrofuleux, il n'est pas étonnant que Lugol ait été jusqu'à nier dans ses prin-

(1) Telles sont du moins les idées qu'il émet dans ses considérations générales ; nous verrons plus tard qu'elles étaient purement théoriques, et que dans son ouvrage même, il écrit des passages qui les infirment.

cipes, l'existence d'une scrofule non tuberculeuse. N'est-ce pas la doctrine qui est défendue aujourd'hui par l'Ecole allemande presque tout entière et par un grand nombre d'auteurs français? Lebert montra ce qu'il y avait d'exagéré dans les idées de Lugol, et soutint, avec des arguments qui semblaient irrécusables, la distinction de ces deux diathèses.

Si cependant le côté clinique de la scrofule n'avait pas échappé à cet auteur, il faut reconnaître qu'il était avant tout un anatomo-pathologiste, et que la note dominante de son traité est donnée par l'étude des lésions anatomiques de la scrofule. On aurait pu s'attendre à ce que Bazin, s'appuyant sur les arguments anatomiques fournis par Lebert, ait tenté de compléter le tableau clinique de la scrofule telle que l'entendait ce dernier; et cette espérance était d'autant plus légitime, que le célèbre médecin de l'hôpital Saint-Louis introduisit, dans l'histoire clinique des affections qu'il appelait scrofuleuses, des divisions bien plus nombreuses que celles qui avaient été faites avant lui. Il n'en est rien. Bazin reproche à Lugol d'avoir confondu la phtisie et la scrofule; mais il accuse Lebert « d'avoir embrouillé l'histoire de la scrofule » en prenant « la lésion pour principe de classification des états morbifiques. De là, ajoute Bazin, est venue la séparation de la scrofule et des affections tuberculeuses. MM. Lebert, Guersant, les auteurs du compendium, MM. Rilliet et Barthéy ont scindé la scrofule en faisant de l'engorgement ganglionnaire, de l'ostéite tuberculeuse, du carreau, au-

tant de maladies différentes. Ils en ont méconnu l'unité pathologique et confondu la lésion avec la maladie, la partie avec le tout », constatant d'une part des tubercules chez des scrofuleux, et, d'autre part, son expérience clinique ne lui permettant pas d'identifier ce que nous appelons aujourd'hui la tuberculose chronique avec la phtisie aiguë, il n'hésite pas à briser l'unité de la tuberculose. Singulière conclusion ! quand on pense que Bazin connaissait fort bien la tubercule et l'ouvrage de Lebert.

« Le tubercule, dit-il (1), est un produit morbide commun à la phthisie essentielle et à la scrofule. *Au point de vue pratique comme au point de vue théorique, on ne peut faire de ces deux maladies une seule unité pathologique.*

« Peut-être trouverez-vous qu'il est irrationnel de rapporter à la scrofule, certaines maladies telles que celles qui ont été décrites sous le nom de diathèses tuberculeuses générales, et qui, pour moi, sont tout simplement des formes de la scrofule larvée, de les rapporter, dis-je, à la scrofule, tandis que nous en écartons la phtisie essentielle ? Y pensez-vous, me dira-t-on ? Comment, voici un sujet chez qui vous trouvez, partout du tubercule sur les plèvres, sur le péritoine, dans les centres nerveux, et vous ne voulez pas qu'il ait été affecté de diathèse tuberculeuse ? A cela je réponds : Dans la diathèse tuberculeuse, le siège est invariable. Le poumon est toujours l'organe particu-

(1) *Loc. citato*, p. 10.

lièrement affecté ; après lui, vient l'intestin puis le larynx. Dans votre prétendue diathèse tuberculeuse générale, il n'y a pas de tubercules dans l'intestin ; il n'y en a pas, où il y en a à peine dans le poumon ». N'est-il pas piquant, de voir Bazin aux prises avec ses propres réflexions, de le voir se faire lui-même les objections les plus justes qu'eussent pu lui adresser ses adversaires, et cependant, conclure au démembrement définitif de la tuberculose ? « La phtisie essentielle, dit-il plus loin (1) a été confondue par les auteurs avec la phtisie scrofuleuse. L'identité d'aspect de la lésion anatomique le *tubercule*, a fait croire à l'identité de nature ; mais c'est là une erreur très sérieuse. En raisonnant ainsi, on arriverait à confondre des maladies essentiellement distinctes... Ce n'est pas sur la lésion matérielle qu'il faut se baser pour établir son diagnostic, sous peine de commettre de singulières et bien graves erreurs. Si vous lisez l'histoire de la phtisie dans Marton, vous verrez que cet auteur distingué a établi sur de très bonnes raisons de nécessité de reconnaître une phtisie scrofuleuse.

« Quels sont donc, en réalité, les caractères distinctifs ? Dans la phtisie essentielle, le tubercule est plus petit, plus répandu dans le poumon ; il provoque plus promptement l'inflammation éliminatoire. Enfin, il y a ici habituellement des désordres du côté du larynx et des intestins.

« Dans la phtisie scrofuleuse, les tubercules sont plus

(1) Loc. cit. p. 128.

gros, ordinairement agglomérés en masses, qui restent ainsi pendant un temps quelquefois fort long sans provoquer de réaction inflammatoire et sans se fondre.

« La phtisie scrofuleuse s'accompagne presque toujours d'engorgements dans les ganglions bronchiques ; dans les ganglions cervicaux, et enfin dans les ganglions du mésentère.

« Les symptômes communs offrent également des différences très tranchées. La marche est beaucoup plus rapide dans la phtisie essentielle, la dyspnée plus forte, la fièvre hectique plus prononcée ; les sueurs, la diarrhée sont très abondantes et concourent activement à l'épuisement des malades, ce qui n'a pas lieu dans la phtisie scrofuleuse. Ici, on observe un désaccord très remarquable entre les lésions anatomiques et les phénomènes morbides ; la réaction fébrile est très peu marquée, et vers la fin, on voit plutôt survenir de l'anasarque et des hydropisies que de l'émaciation ».

On le voit, Bazin sépare l'ancienne scrofule de Lugol en deux tronçons, dont l'un est appelé phtisie essentielle et représente notre tuberculose pulmonaire aiguë, et dont l'autre renferme, sous le nom de scrofule ce que nous entendons aujourd'hui par tuberculose chronique, et de plus, la scrofule de Lebert. Pour Bazin, la tubercule de la phtisie essentielle et celui de la scrofule sont de nature différente ; et en quoi réside cette distinction ? Dans leur volume, dans leur mode de répartition. Ces idées peuvent nous paraître étranges, aujourd'hui, ou l'unité de la tuber--

culose est élevé à la hauteur d'un dogme ; elles le paraîtraient peut-être moins, si on lisait l'admirable traité d'anatomie pathologique de M. Bard. Mais cette question n'est pas dans notre sujet. Toutefois, comme nous ne voulons rien préjuger de la nature de la scrofule, c'est la description de Bazin que nous allons prendre pour point de départ, et cela uniquement parce que cet auteur, ayant décrit les différentes lésions avec le plus de détails, nous serons le plus sûr, en le suivant, de n'omettre aucune des lésions considérées jadis comme scrofuleuses.



CHAPITRE II

Toutes les lésions dites jadis scrofuleuses peuvent-elles rentrer dans la syphilis ou la tuberculose ?

Bazin divisait la scrofule en quatre périodes. La première, qui répondait à sa scrofule bénigne fugitive, comprenait les lésions superficielles du système tégumentaire et muqueux, c'est-à-dire les éruptions cutanées et les affections rugueuses, catarrhes (verruës, gourmes, acné, conjonctivites, otorrhées, etc.).

Dans la seconde période, « vous n'avez encore (1), comme affections spéciales, indépendantes, spontanées, survenues sous la seule influence de la prédisposition que des lésions tégumentaires ; mais ces lésions sont plus profondes que dans la première période, ; elles laissent constamment après elles des cicatrices indélébiles, caractère qui les différencie des scrofules primitives. » Toutes les variétés de lupus, l'impétigo, rodens de Bateman, les gommès de la peau, les blennorrhées avec engorgement de la prostate appartiennent à cette période.

La troisième période comprend les lésions osseuses et articulaires.

(1) Loc. cit. p. 20.

Enfin, dans la quatrième période sont rangées les tuberculoses viscérales.

De ces quatre périodes nous passerons rapidement sur les trois dernières, parce qu'elles ont été étudiées par M. H. Martin. Toutes les lésions qu'elles renferment appartiennent, soit à la tuberculose, soit à la syphilis héréditaire. Nous ne faisons de restrictions que pour certains abcès cervicaux et pour le lupus érythémateux. Le lupus érythémateux est constitué par des taches rouge sombre, recouvertes de squammes lamelleuses sèches. La palpation indique à peine une infiltration du derme. Il n'y a ni prurit, ni douleur, ni ulcérations. Le lupus érythémateux aboutit spontanément à la cicatrice. On n'a jamais constaté de bacilles de Kock, et toutes les inoculations ont été négatives. Cependant, comme il coïncide souvent avec des tuberculoses osseuses et ganglionnaires, beaucoup d'auteurs le rattachent à la tuberculose.

Nous avons donc maintenant à examiner attentivement les accidents de la première période, et nous reviendrons ensuite sur les différentes sortes d'adénites cervicales qui peuvent se rencontrer chez les scrofuleux.

La première période de Bazin, avons-nous dit, comprend :

1°. *Les éruptions cutanées* : celles-ci divisées en :

a) *scrofules érythémateuses*, comprenant :

Les engelures à répétitions ;

L'érythème induré ;

La couperose.

b) *Les scrofulides exsudatives*, comprenant toutes les formes d'impétigo.

c) *Scrofulides boutonneuses*, comprenant :

- Le strophulus ;
- Le prurigo ;
- Le lichen ;
- L'érythème papuleux ;
- L'acné punctata ;
- L'acné sebacéa ;
- L'acné indurata ;
- L'acné varioliforme.

II°. — *Les scrofulides catarrhales siégeant sur :*

- La muqueuse conjonctivale ;
- La muqueuse pituitaire ;
- La muqueuse pharyngée ;
- La muqueuse auriculaire.

ENGELURES

Examinons la nature de ces lésions (1). L'engelure est un accident local déterminé par l'action du froid ; elles

(1) Il n'est pas dans le plan de notre thèse de faire l'étude dermatologique complète de toutes les lésions qui peuvent se rencontrer chez les scrofuleux. Nous ne ferons qu'indiquer brièvement leurs principaux caractères dont nous empruntons la description à notre maître (H. Tenneson, *Traité clin. de dermatologie*).

consistent en une rubifaction violacée de la peau avec démangeaison, gonflement du tissu cellulaire sous-cutané, crevasses et gerçures superficielles. On constate quelquefois des phlyctènes contenant un liquide séro-purulent ; elles peuvent alors se rompre et faire place à des cicatrices difficiles à guérir. Il ne saurait être question pour personne de tuberculose ou de syphilis dans cette lésion.

ÉRYTHÈME INDURÉ

Il en est de même pour l'érythème induré, sorte de lymphangite en plaque (Tenneson), affection rare, mais qui n'a rien de spécifique.

Nous rapprocherons l'étude de la couperose de celle de l'acné.

IMPÉTIGO

L'impétigo, sous toutes ses formes, n'est que le résultat d'une affection banale, due surtout aux staphylocoques, aux microbes ordinaires de la suppuration, et qui par conséquent n'a rien de spécifique.

« Quand l'épiderme suppure (1), il se recouvre de croûtes formées de pus concrété et de débris épithéliaux.

(1) H. Tenneson. — *Traité clinique de dermatologie*, p. 72.

Des croûtes recouvrant un épiderme en suppuration : voilà ce que tout le monde appelle impétigo..... De là trois modes de début pour l'impétigo.

« 1° Les organismes pyogènes se déposent sur l'épiderme décortiqué (dépouillé de sa couche cornée) par le fait d'un eczéma, d'une dermatite artificielle, etc.

« 2° Les organismes pyogènes passent à travers la couche cornée décollée qui forme la paroi d'une vésicule ou d'une bulle...

3° Les organismes pyogènes sont inoculés sur la peau saine. Les ongles ou la lancette entament la couche cornée et leur livrent passage ».

Les microbes de la suppuration peuvent être inoculés aussi bien sur des papules syphilitiques que sur de la peau saine (1). C'est au cuir chevelu que les papules syphilitiques sont excoriées le plus souvent par les ongles, par le peigne ; alors les malades « ont des croûtes dans les cheveux ». Telle est la preuve la plus commune de l'impétigo syphilitique ». Mais cette forme d'impétigo ne diffère en rien de la première par sa nature ; il s'agit toujours d'une lésion d'inoculation ; il suffit d'ailleurs de feuilleter les observations consignées dans l'ouvrage de Bazin pour en voir de nombreux exemples chez des individus n'ayant aucune tare syphilitique acquise ou héréditaire. Il y a donc un impétigo en dehors de toute diathèse spécifique.

(1) H. Tenneson. — Loc. cit., p. 378.

STROPHULUS

« Le strophulus, dit notre maître, a disparu du cadre dermatologique. On nommait ainsi des éruptions aiguës, bénignes, propres aux enfants à la mamelle, qui rentrent aujourd'hui dans l'urticaire et dans les érythèmes ».

PRURIGO, LICHEN

Le terme de Prurigo exprime deux choses distinctes. Tantôt un symptôme commun à un groupe d'affection s'accompagnant de démangeaisons (gale urticaire, etc.), tantôt une maladie spéciale à laquelle Hébra a donné son nom. La pathogénie de cette dernière maladie n'est pas élucidée, mais nous ne sachions pas qu'on ait eu l'idée d'en faire une maladie spécifique.

Le prurigo diathésique dans sa forme intense, dite prurigo de Hébra et dans ses formes atténuées tardives était appelée *lichen* par les auteurs hillaniques et par Bazin en particulier. Le prurigo de Hébra à grosses papules et peu prurigineux était considéré par Bazin comme scrofuleux ; il est en effet très fréquent chez ces malades.

LICHEN. — Ce mot employé sans épithète ne signifie plus rien à l'heure actuelle ; nous venons de voir ce que Bazin entendait par là. Mais en dehors du prurigo, il existe un *lichen* dit « des scrofuleux » le *lichen scrofulorum* décrit par Hébra.

Bazin ne le reconnaissait pas, et jusqu'à ces dernières années, les médecins de l'hôpital Saint-Louis ont ignoré ce qu'à Vienne on appelle ainsi.

Les communications de M. Hallopeau à la Société de dermatologie, établissent la nature tuberculeuse de cette affection. Celle-ci coïncide presque toujours avec du lupus des gommes tuberculeuses, des abcès ganglionnaires, des ostéites. Souvent les papules de *lichen* sont groupées autour du foyer tuberculeux ou de la cicatrice qui lui succède.

Schweninger et Buzzi ont vu se développer un *lichen* scrofuleux, à la suite d'une injection de tuberculine. M. Hallopeau pense qu'il est du à un ferment soluble produit par le bacille.

D'après notre maître, sa guérison facile ne permet pas de l'attribuer au bacille lui-même. Ce ne serait donc qu'une tuberculide indirecte, de seconde main, développée sur un terrain scrofuleux.

Jacobi, élève de Müller dit avoir vu *un* bacille dans une papule. Mais les bacilles de Koch abondent dans les milieux nosocomiaux. Récemment, M. le professeur Straus en a constaté dans les fosses nasales de tous ses externes ; un bacille a donc pu se glisser dans la préparation de M. Jacobi : « Une hirondelle ne fait pas le printemps » (Aristote).

ERYTHÈME PAPULEUX.

Sur le fond violacé des engelures, chez les scrofuleux, se développent souvent des papules lenticulaires d'un rouge plus clair. Quant à l'érythème papuleux que l'on

rattache aujourd'hui à l'érythème polymorphe, il n'a rien de commun avec la scrofule. Bazin le rattachait à l'arthritisme. On admet aujourd'hui l'origine infectieuse de tous les érythèmes polymorphes.

ACNÉ. — COUPEROSE

« L'acné (1) est une dermatose chronique à poussées successives, la plus commune après l'eczéma. On ne peut la définir ni par sa cause, ni par ses lésions... Elle se caractérise par des papules, des comedons, et par la sécrétion d'un liquide gras (seborrhée huileuse) ».

La couperose est souvent une complication de l'acné, mais ces deux dermatoses peuvent exister indépendamment l'une de l'autre. La couperose consiste en taches congestives et télangiectasiques qui occupent la face.

Quand les papules acnéiques augmentent de volume, et prennent des nodules profonds qui se confondent, il en résulte des bandes larges saillantes qui ont valu à cette forme le nom de *cheloïdienne* (indurata).

Les acnés sébaccés comprennent deux groupes. Le premier (acné sébacée fluente) est une *hyperhidrose huileuse* (Unna). Le second groupe (acné sébacée concrète) comprend provisoirement cinq espèces (Tennessee).

La première est caractérisée par des croûtes grasses,

(1) Tennessee, loc. cit.

brunes, à peine saillantes, sans auréole congestive et sans prurit.

Dans la seconde espèce, les croûtes épaisses, inégales, recouvrent sans discontinuité toute la surface du cuir chevelu.

Troisième espèce : les croûtes sont disséminées d'une façon irrégulière sur les joues, le nez, le front et recouvrent les surfaces assez étendues.

La quatrième espèce est remarquable par sa marche qui évolue vers l'épithéliôme. Quant à la psorosperme folliculaire végétante de Darier, elle ne doit pas nous occuper ici.

L'acné varioliforme est constitué par de petites tumeurs sphériques sans auréole congestive. Elles présentent constamment un petit ombilic central. « C'est une affection contagieuse et inoculable : donc, elle est parasitaire, réserve faite sur la nature du parasite ». Mais les parasites (psorospermées), accusés par Bollinger et Neisser, ne sont pas ceux de la tuberculose.

Il nous reste maintenant à analyser les lésions des muqueuses. Ces lésions peuvent se diviser en deux groupes. Les unes sont profondes, et rentrent dans celles que Bazin décrivait dans la seconde période de la scrofule. Nous savons aujourd'hui qu'elles peuvent être tuberculeuses ou syphilitiques.

Mais, nous le répétons, ce n'est pas d'elles qu'il s'agit dans la première période que nous étudions. Les lésions qu'y rangeait Bazin, sont des inflammations superficielles.

les. Les inflammations suppuratives sont particulièrement fréquentes chez les scrofuleux. Elles sont toujours dues aux micro-organismes pyogènes du milieu ambiant, et surtout aux staphylocoques. Elles ne sont jamais dues au bacille de Koch ; telle est, du moins aujourd'hui, l'opinion commune.

On peut constater chez des syphilitiques, des suppurations à l'orifice antérieur des fosses nasales, dans le conduit auditif ou ailleurs, mais ce sont là des suppurations banales, surajoutées, qui n'ont rien de spécifique. C'est la doctrine enseignée constamment à Saint-Louis, par notre maître, M. Tenneson ; elle repose sur ces deux arguments : si le virus syphilitique était pyogène, il ne ferait pas du pus que sur les surfaces exposées à l'air, or, il ne suppure pas ailleurs. De plus, quand un syphilitique vient à l'hôpital avec des lésions de suppuration, on s'abstient de tout traitement spécifique, et on se contente de traiter les foyers suppurés par des antiseptiques ordinaires. On les voit alors guérir rapidement, et indépendamment de la lésion syphilitique, ce qui ne pourrait évidemment se produire, si les deux ordres de lésions étaient dûs au seul virus syphilitique.

Nous voudrions, pour fixer les idées, citer une observation que nous empruntons à la thèse de notre ami P. Grasset.

Camille M..., âgé de 4 ans, a eu probablement à la naissance, de l'ophtalmie purulente. Il y a un an, il a eu

la rougeole. Depuis, il a mal aux yeux et est soigné aux Quinze-Vingts, par M. Kalt, qui lui fait faire des lavages à l'eau boriquée.

Conjonctivite. Corysa intense. Croûtes dans le nez. Respiration un peu gênée. Il y a un peu d'eczéma sur la figure. On constate de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et un léger écoulement de l'oreille gauche.

Autres enfants. — Albert, 3 ans, a eu à un an, de l'impétigo du cuir chevelu. Blépharite ciliaire. Pas de ganglions.

Charlotte, 6 mois, bien portante, a eu un peu mal aux yeux.

Parents. — Mère réglée à 14 ans, l'a toujours été régulièrement depuis, ne tousse pas, n'a jamais eu de maux de gorge, ni d'alopécie, ni de céphalée, ni de taches sur le corps.

Le Père a eu la gourme étant jeune. Presque tous ses frères et ses sœurs ont été atteints d'impétigo. Il aurait eu, étant jeune, une affection de l'oreille, dont il est impossible de préciser la nature. Il présente des signes évidents d'éthylisme. Il tousse, crache beaucoup, mais n'a jamais eu d'hémoptysie.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue. La toux et les pituites sont très fréquemment d'origine gastrique surtout chez les alcooliques pour que ces seuls symptômes nous donnent le droit de faire du père un tuberculeux, et cela d'autant plus que ses trois enfants bien qu'ayant eu des catarrhes muqueux n'ont jamais

présenté des symptômes tuberculeux. Il n'y a rien dans cette observation qui puisse faire songer à une syphilis du père. Quant à la mère, elle s'est toujours bien portée. L'impétigo, le coryza, le blepharite, l'otorrhée que nous trouvons décrite dans cette observation ne sauraient donc être rangées parmi des lésions spécifiques. Ce sont là des affections catarrhales vulgaires dues à l'influence des microbes ordinaires de la suppuration qui ont germé sur un terrain particulièrement propice à leur éclosion.

Mais cette observation nous montre encore que cet état de réceptivité de l'organisme n'est pas purement accidentel, et que les différentes formes de suppuration que nous trouvons notées chez le jeune Camille ne sont pas un simple accident de pénétration microbienne. Son frère et sa sœur ont eu des lésions analogues. Il n'est guère possible de voir dans ce fait une simple coïncidence ; il faut bien admettre qu'il y ait chez ces trois petits malades un lien, un état constitutionnel commun puisque tous les trois ont réagi de la même façon vis à vis des organismes pathogènes ; cette prédisposition ne peut être qu'héréditaire, et ce qui le prouve, c'est que du côté du père, les frères et sœurs ont été atteints également d'impétigo.

Nous citons cette observation entre cent ; il suffirait de feuilleter le livre de Bazin pour en trouver beaucoup d'autres.

Revenons maintenant sur une des lésions les plus intéressantes de la scrofule : sur les *adénites cervicales*.

ADÉNITE CERVICALE.

L'adénite cervicale peut être aiguë ou chronique. Dans le premier cas, l'adénite survient généralement à la suite d'une lésion des tissus les plus proches des ganglions atteints ; elle est une complication fréquente des plaies de la tête et du cou. Elle survient fréquemment à la suite de l'impétigo, des catarrhes auriculaires, pharyngé, etc., elle n'a dans ces cas d'autre cause que la lésion même qu'elle complique : C'est une infection des ganglions lymphatiques due aux microbes ordinaires de la suppuration ; ces derniers germent sur les ganglions lymphatiques pour la même raison qu'ils ont germé sur le cuir chevelu la conjonctive ou ailleurs. Ces adénites aiguës peuvent suppurer ou marcher vers la résolution.

Par opposition à la forme précédente, on décrit généralement les adénites *chroniques* qui surviennent chez les individus débilités ; elles constituent des tumeurs de volume variable siégeant d'un côté ou des deux côtés du cou. Contrairement aux adénites aiguës, elles ont une évolution lente, peuvent rester fort longtemps à l'état de tumeurs dures, ou bien peuvent s'ulcérer, donner issue à un pus particulier, d'odeur fade, qui s'écoule pendant fort longtemps avant que la plaie ne se cicatrise complètement. Ces abcès sont généralement considérés comme tuberculeux. Nous ne doutons pas que l'immense majorité des

adénites cervicales chroniques soient d'origine tuberculeuse, mais peut-être y a-t-il lieu de décrire en dehors des adénites aiguës et des adénites tuberculeuses une troisième forme d'adénite.

Nous relevons dans le service de M. le Dr Du Castel, l'observation d'une jeune fille atteinte d'éryzipèles à répétition. Cette malade a eu dans son jeune âge, plusieurs abcès qui ont percé tout seuls. Elle raconte avoir eu à 14 ans un abcès froid qui a suppuré pendant longtemps. Enfin elle dit très nettement qu'elle a souvent, sous l'influence d'un simple courant d'air ou *sans cause appréciable* de petites grosseurs qui naissent au niveau du cou et disparaissent complètement et spontanément, sans laisser la moindre trace de leur passage. Comment interpréter les différentes formes d'adénite qui ont affecté cette malade ?

Les abcès qu'elle a eu étant jeunes et qui se sont rapidement terminés étaient, vraisemblablement, des adénites infectieuses consécutives à des lésions cutanées quelconques. Ce mode d'étiologie est d'autant plus probable, qu'elle a de tout temps été sujette à des érysipèles.

Quel est la nature de cet abcès qui a suppuré pendant longtemps, et qu'elle a appelé *abcès froid* ?

Elle a eu cet abcès il y a 6 ans ; ses souvenirs peuvent être plus ou moins exacts, et il se peut que ce prétendu abcès froid n'ait été en réalité qu'un abcès chaud qui ait suppuré plus longtemps que les autres. Mais comme la malade affirme nettement qu'elle a eu une gros-

seur longtemps « avant que cela ne s'ouvre », supposons que par la nature différente du pus, par la durée de son évolution et la lenteur de la cicatrisation, cet abcès ne puisse être assimilé à un abcès chaud. Faut-il pour cela en conclure qu'il soit fatalement tuberculeux ?

Beaucoup d'auteurs répondront, sans hésiter, par l'affirmative. Sur quoi fondent-ils leur opinion ? Une affirmation aussi précise ne peut se soutenir qu'en s'appuyant sur la constatation directe du fait, c'est-à-dire sur la présence directe du bacille de Koch dans ces adénites ou bien sur des manifestations cliniques tellement évidentes que personne ne puisse les mettre en doute. Or, la constatation directe du bacille de Koch n'a pas été faite, et nous ne pensons pas que sous prétexte de sa présence dans un grand nombre d'adénites à évolution lente, on ait le droit d'affirmer qu'il existe dans *toutes* les adénites de ce genre. Quant aux manifestations cliniques que présente cette jeune fille, rien ne nous permet de penser qu'elle soit de nature tuberculeuse.

En effet, la malade qui a 20 ans a encore son père et sa mère bien portants et menant une vie active. Elle n'a jamais entendu parler de maladie de poitrine dans sa famille. Sur trois frères et trois sœurs, elle a eu un frère et une sœur morts à la naissance, un autre frère est mort à 13 mois d'une affection mal déterminée. Il lui reste deux sœurs et un frère.

La première des sœurs a 23 ans, elle est apathique, sujette aux suppurations, mais ne tousse pas et n'a jamais

craché de sang ; la seconde sœur à 12 ans, elle a eu la gourme, mal aux yeux, elle n'a jamais craché de sang et ne tousse pas davantage ; enfin le frère à 15 ans et n'a jamais été malade.

A moins de considérer tout enfant mort à la naissance ou en bas âge comme tuberculeux, il n'y a rien ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents collatéraux qui puisse faire songer à une tuberculose héréditaire. Or, si elle avait eu, *il y a six ans*, un abcès symptomatique d'une tuberculose pulmonaire acquise, elle devrait avoir eu des signes de cette affection, mais elle n'a jamais craché de sang et ne tousse pas.

Nous avons connu d'autre part un professeur de danse qui avait eu dans sa jeunesse des abcès froids multiples qui avaient suppuré en laissant de larges cicatrices. Il y a trois ans, il nous demanda conseil pour des grosseurs du volume d'un œuf de pigeon siégeant au niveau du sternocleido-mastoïdien à gauche et de l'angle de la machoire à droite. Nous l'auscultâmes sans trouver aucun signe de tuberculose ; ce malade d'ailleurs n'avait pas maigri, n'avait pas de sueurs nocturnes et ne se plaignait que de lassitudes fréquentes. Doutant cependant de notre diagnostic nous le présentâmes à notre maître, M. Cuffer, dont nous étions à cette époque l'externe à l'hôpital Tenon. Notre maître confirma notre diagnostic négatif et déclara que sa respiration était parfaitement pure.

A-t-on le droit néanmoins d'affirmer que ces adénites sont tuberculeuses ? Nous ne le pensons pas ; et bien que

ce ne soit pas l'opinion la plus généralement admise, nous sommes heureux de citer celles de MM. Cornil et Ranvier, et de M. Bard (1) :

Cornil et Ranvier décrivent encore à part ces deux formes anatomiques (tuberculeuse et stroneuse) ; ils admettent que toutes les deux aboutissent à la dégénérescence caséeuse, et présentent alors absolument le même aspect ; mais les lésions initiales leur paraissent bien différentes dans les deux cas. D'après eux, dans la tuberculose, on rencontre dès le début les follicules tuberculeux élémentaires classiques, et ceux-ci développent autour d'eux, une inflammation évidente, qui se traduit par l'accumulation de grosses cellules dans les vaisseaux lymphatiques.

Dans la scrofule, au contraire, l'adénité interstitielle prédomine dès l'origine ; elle dissocie la substance folliculaire en petits îlots arrondis, isolés, qui sont entourés par de larges bandes de tissu conjonctif embryonnaire ou fibreux. Ces îlots sont constitués par un tissu réticulé dont les fibrilles imbibées, tuméfiées et ramollies prennent un aspect grenu. Leurs mailles, beaucoup plus larges qu'à l'état normal, renferment de grosses cellules granulo-graisseuses à noyau ovoïde ; mais il n'y a pas là de follicules tuberculeux.

Plus tard, les vaisseaux qui traversent ces îlots, s'obli-

(1) Bard. — *Anatom. path.*, p. 253.

tèrent, et la dégénérescence caséuse est la conséquence du trouble nutritif qui en résulte. Quoiqu'il en soit, de ces caractères distinctifs, ajoute M. Bard, il n'est pas douteux que ces deux formes de transformations caséuses des ganglions, ressortissent toutes deux à des processus microbiens. Par contre, malgré l'opinion courante, il ne nous paraît nullement démontré que toutes les fermentations caséuses des ganglions soient le fait d'un processus unique (1).

Comment interpréterons-nous maintenant ces adénites à répétition, notées chez notre première malade, qui vont et viennent sans cause, sans s'enflammer et disparaissent sans laisser aucune trace. Ces ganglites n'avaient pas échappé à Lebert (2) : « Quoique pendant l'enfance, la tuberculisation des grandes lymphatiques, soit de beaucoup l'affection la plus fréquente de ces ganglions lymphatiques, on tomberait cependant dans une exagération fâcheuse, si l'on envisageait comme tuberculeux tous les engorgements des glandes lymphatiques que l'on observe chez les scrofuleux. Ces glandes sont simplement tuméfiées, et peuvent même s'enflammer et suppurer dans cet état, sans contenir pour cela un atôme de matière tuberculeuse. *Dans d'autres cas, elles peuvent aussi s'hypertrophier sans subir un travail phlegmatique* ».

Pour notre part, nous avons observé ces différents

(1) Loco citato, p. 52.

(2) Loco citato, p. 52.

malades, ces *adénites spontanées à répétition*, entre autres chez deux jeunes filles actuellement traitées dans le service de notre maître, salle Gibert.

Faut-il les considérer comme une forme atténuée de l'adénite strumeuse de MM. Cornil et Ranvier ? Il faudrait pour cela faire leur examen histologique, et nous ne sachions pas qu'il ait été fait. Pour notre maître, M. Tenneson, l'aptitude des ganglions à s'enflammer, si grande qu'elle soit chez les scrofuleux, ne peut entrer en acte et se traduire par une adénite sans l'intervention d'un principe moteur (microbe ou toxine). Mais, ne pourrait-on faire ici l'objection que nous faisons plus haut aux auteurs qui accusaient le bacille de Koch d'être la cause de toutes les adénites chroniques ? Nous pourrions dire qu'aucun microbe n'a été observé directement. Or, l'évolution clinique de ces tuméfactions, ne nous paraît pas répondre non plus à celle d'adénites infectieuses. Tout d'abord elles n'évoluent pas à la manière d'adénites chroniques, elles apparaissent subitement et disparaissent au bout de quelques jours. Si elles étaient dues à une infection bactérienne, elles devraient donc revêtir les caractères cliniques des adénites infectieuses aiguës ; elle devraient s'accompagner de fièvre, de douleur, et siéger près des endroits qui peuvent servir de porte d'entrée aux germes pathogènes. Or, ces grosseurs, même quand elles sont multiples, ne s'accompagnent pas de fièvre ; elles sont absolument indolentes et siègent quelquefois plus près de la clavicule que de la tête. Les intéressantes observations de notre

Maitre (1) et de M. le Dr Du Castel, ont montré que les strumeux peuvent être atteints de varices lymphatiques des lèvres. Or, la seconde de ces observations se rapporte précisément à notre jeune fille.

Cette malade comme celle de M. Tenneson présentait aussi des érysipèles à répétition.

Les varices lymphatiques ont été signalées pour la première fois par notre maître (2), il les attribue à une obstruction des vaisseaux lymphatiques ou des ganglions, obstruction consécutive à leur inflammation répétée. Ce qui semble confirmer cette interprétation, c'est que le gonflement de la lèvre supérieure est plus accusé le matin au réveil que le soir après les travaux de la journée qui ont favorisé le fonctionnement de l'appareil circulatoire. Pourquoi ne pas admettre qu'il se fasse un phénomène analogue dans la lymphatique du cou, et que les adénites spontanées à répétition ne soient pas simplement le résultat d'une stase lymphatique ? Nous posons la question sans avoir la prétention de l'avoir résolue. Ce qu'il est important de retenir, c'est qu'il existe des adénites aiguës et chroniques qui ne sont pas spécifiques. Cette conclusion nous permet de répondre à la première des hypothèses que nous avons posées dans le plan de cet ouvrage : Toutes les lésions dites jadis scrofuleuses ne rentrent pas dans le cadre de maladies dites spécifiques.

(1) *Bulletin de la Société de Dermat.*, L. c.

(2) *Annales de dermatologie*. Tenneson et Darier. Bull. de la Soc. de derm., 1893, p. 553.

Réserve faite pour le *lichen scrufulorum* sur la nature duquel on n'est pas encore fixé, on peut dire que toutes les lésions décrites par Bazin comme composant la première période de la scrufule, peuvent se rencontrer chez les enfants sans offrir aucun caractère spécifique, et nous y avons ajouté les adénites aiguës, les adénites dites strumeuses par Cornil, Ranvier, enfin les adénites spontanées à répétition dont nous avons fourni plusieurs exemples.

Voyons maintenant si ces lésions qui n'offrent par elle aucun caractère spécifique n'offrent pas par leur ensemble un lien qui les relie entre elles.



CHAPITRE III

Toutes ces lésions sont-elles des lésions banales qu'aucun lien ne relie entre elles ?

Une lésion peut, au point de vue de la pathologie générale, revêtir un des trois caractères suivants : elle peut être *spécifique*, *indifférente*, ou bien sans être spécifique elle peut-être une *lésion d'élection*. Expliquons-nous.

Un médecin le lendemain du jour de consultation, parcourt sa salle d'hôpital pour examiner les nouveaux malades. Le premier qu'on lui présente a une roséole. Ce diagnostic de roséole n'indique pas seulement une lésion bien déterminée, il implique également une étiologie précise, cette roséole est syphilitique et ne peut être que cela : c'est une lésion spécifique.

Un second malade entre à l'hôpital pour être débarrassé de plusieurs petites tumeurs appelées molluscum peudulum. Dans l'état actuel de la science, ce diagnostic peut-il éveiller dans notre esprit autre chose que la lésion même qu'il constitue ? Evidemment non. Le molluscum pendulum peut se rencontrer chez un phtisique aussi bien que chez un arthritique ou sur un individu exempt de toute tare organique : c'est une lésion indifférente.

Le troisième malade entre à l'hôpital pour un énorme

anthrax qui siège à la nuque. Est-ce là une lésion spécifique dans le sens que nous avons attaché à ce mot jusqu'à présent, c'est-à-dire répondant à une diathèse unique bien déterminée? Non, sans doute. Il y a des gens qui ont eu des anthrax sans jamais avoir été diabétiques, et pourtant quel est le clinicien qui, en voyant notre malade, ne demandera instinctivement s'il n'a pas de sucre dans ses urines? L'anthrax n'est pas une lésion spécifique, mais elle n'est pas non plus une lésion indifférente, c'est une lésion d'élection dont l'existence indique toujours un organisme débilité et le plus souvent la glycosurie.

Nous avons vu que les lésions considérées par Bazin comme appartenant à la première période de la scrofule ne pouvaient être assimilées à celle que présente notre premier malade (roséole); mais sont-elles vraiment indifférentes? « Tel enfant a eu la gourme », cette phrase n'éveille-t-elle en nous aucune idée générale sur la constitution du jeune malade? Non, répond le microscope. Et pourtant l'immense majorité des enfants ne l'ont pas eue, bien que tous soient également exposés à l'influence des microbes qui la produisent.

L'étude de la clinique fait naître chez tout médecin des impressions qui sans pouvoir être définies avec précision, n'en répondent pas moins à des conceptions très nettes. Le fait que tel enfant a eu la gourme éveille en nous l'idée d'une organisation qui sans avoir encore été soumise au contrôle du laboratoire est cependant bien particulière. Nous voyons cet enfant débile, apathique,

sujet aux conjonctivites, aux otites, aux suppurations de toutes sortes.

Ce ne sont pas les lésions qui sont spéciales, mais le terrain qui favorise leur éclosion. Ce terrain, cette prédisposition morbide, c'est la scrofule.



CHAPITRE IV

Synthèse clinique de la scrofule.

Essayons d'en faire la synthèse clinique. Seulement comme dans l'habitus extérieur du malade nous ferons rentrer des déformations osseuses, nous sommes obligés d'ouvrir ici une parenthèse. Un grand nombre de déformations osseuses peuvent être dues au rachitisme ou à la syphilis héréditaire.

Cliniquement, le rachitisme a une évolution cyclique. Il débute brusquement en pleine santé et aboutit généralement à la guérison avec ou sans traitement. Les déformations qui lui succèdent sont comparables au cal vicieux qui succède à une fracture ; on peut les éviter par un traitement approprié. Le rachitisme est justiciable d'une médication quasi spécifique, enfin, les déformations osseuses de la scrofule ne ressemblent pas à celle du rachitis. Mais il n'en n'est pas de même des déformations de la syphilis héréditaire.

Ces déformations ont été admirablement décrites par M. le Professeur Fournier. Elles se caractérisent par des ostéophytes siégeant sur des os du crâne ou bien par l'épaississement des os longs à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse. Les lésions des os longs peuvent être par-

tielles et se révèlent alors de préférence sur le tibia, ou peuvent être totales (incuration des membres, déviations rachidiennes) ; enfin par la triade d'Hutchinson. Nous ne pouvons que renvoyer pour la description de ces lésions au bel ouvrage de M. le Professeur Fournier. Nous ne pouvons les analyser ici parce que considérées séparément elles sont le plus souvent impossibles à distinguer de celles de la scrofule. Ce n'est que par leur évolution, et surtout les lésions concomitantes que le diagnostic peut être fait ; mais ce qui est certain, c'est qu'en dehors du rachitisme et de la syphilis héréditaire, il existe des déformations osseuses qui sont de nature scrofuleuse. Notre maître M. Tenneson avait souvent insisté sur ces déformations ; elles n'avaient pas non plus échappées à Lugol.

Malgré les idées unicistes de ce dernier auteur, c'est, en effet, dans son livre que se trouve peut être le mieux dépeint le « *type scrofuleux* ».

Lugol insiste sur leur physique inharmonique. La tête est trop forte, il y a asymétrie des os du crâne et de la face (1). Les membres sont mal attachés à un corps trop débile et trop long. Ils n'ont pas assez de longueur ou en ont de trop. Les articulations sont également trop volumineuses. La bouche est mal formée, la dentition tardive, et les dents prédisposées à la carie. Les oreilles sont trop grandes et trop écartées du crâne. « Le tissu (2) spongieux

(1) Il ne faut pas confondre ici déformation avec le crâne rati-forme de Parrot.

(2) Lugol, loc. cit.

des os est beaucoup trop développé, relativement au tissu compact et aux parties molles. Cet état du tissu spongieux est très reconnaissable aux signes suivants qui ne sont, cependant, pas toujours réunis. L'os malaire est trop saillant ; la base de la mâchoire inférieure est trop développée, ce qui donne aux individus un aspect rachitique tout particulier... Les pieds et les mains qui sont principalement formés d'os courts et spongieux offrent, dans quelques cas, un développement démesuré et disgracieux. Le pubis, le sacrum, les ischions sont dans un état d'hypertrophie qui est surtout à redouter chez les femmes, car, plus tard, il sera une des causes pour lesquelles les accouchements seront difficiles à terminer (1) ».

Mais, ce n'est pas que par la malformation du squelette que se distingue, à la simple inspection, le scrofuleux. Il a aussi un faciès qui lui est propre. « Ce faciès (1) ne doit pas être regardé comme propre *aux sujets scrofuleux* (2) *en général*, car il manque ordinairement, *il n'existe que dans quelques cas où la scrofule fixe son siège principal ou même exclusif sur la face* (3) : il y a hypertrophie des lèvres, des ailes du nez, des joues, des paupières, du bord libre de ces voiles mobiles, du lobule

(1) Lugol, loc. cit. p. 12.

(1) Lugol, loc. cit. p. 26.

(2) Il faut traduire ici par « *sujets tuberculeux* ».

(3) Ce qui prouve bien que Lugol avait parfaitement distingué, *en clinique*, les tuberculeux de ce que nous appellerons désormais les scrofuleux.

des oreilles, de l'une ou de plusieurs de ces parties, mais, le plus souvent, de la partie moyenne de la lèvre supérieure.... *Le gonflement de la lèvre supérieure est plus prononcé le matin que dans le cours de la journée* (1). On voit même des jeunes filles chez lesquelles ce gonflement n'est bien manifeste que quelques heures après leur réveil... Le tissu cellulaire sous-jacent participe à cet état d'hypertrophie indurée qui défigure beaucoup les traits du visage. Ces indurations partielles sont très significatives, elles se lient constamment à la *prédisposition tuberculeuse*... Il semble que la prédisposition existe sans avoir produit ses effets. *C'est ainsi que beaucoup de tuberculeux n'ont pas encore de tubercules*... (2).

.... Cette hypertrophie indurée de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent coïncide le plus ordinairement avec un état catarrhal des surfaces muqueuses, qui peut être habituel et peu prononcé pendant plusieurs années. C'est cette complication à laquelle les auteurs ont donné le nom de *facies scrofuleux*. »

Nous n'avons rien à ajouter à ce tableau, aussi exact que complet de l'habitus scrofuleux, si ce n'est la fréquence des adénopathies cervicales (3).

(1) Nous avons dit pourquoi.

(2) page 16.

(3) On nous reprochera peut-être ici, comme dans notre mémoire en général, d'avoir abusé des citations. Nos juges voudront bien se souvenir que notre sujet n'est pas nouveau, et que le seul but que nous nous soyons proposé était d'interpréter des faits anciens avec les idées modernes. Il est certain qu'au point de vue clinique, toute

Nous venons de lire la description anatomique, morphologique des scrofuleux ; mais au point de vue « physiologique », ces malades ne sont pas moins spéciaux.

Voyez ce jeune enfant pâle, apathique ; il est couvert de gourmes ; les croûtes d'impétigo lui forment une vaste calotte qui déborde sur le front et la face ; une grosseur, partant de l'extrémité inférieure de l'oreille, vient se perdre sous le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien ; son oreille laisse sourdre un suintement muco-purulent, sa conjonction rouge, gonflée, n'est limitée en dehors que par de rares pinceaux de cils, agglutinés par du pus. Et pourtant cet enfant n'a pas de fièvre, ne se plaint pas, ne souffre pas. Si quelque épidémie de rougeole ou de coqueluche se déclare dans son voisinage, soyez certain qu'il en sera une des premières victimes ; mais ces nouveaux germes infectieux ne secoueront pas plus son état de langueur que les précédents.

Ils s'installeront sans bruit, sans presque provoquer de fièvre, de réaction générale et le quitteront de mêmesans que ce débile organisme ait eu l'air de se soucier des événements qui compromettaient sa vie. Les microbes pathogènes viennent s'installer sur lui et le quittent aussi tranquillement qu'une volée d'oiseaux viennent faire leur

la scrofule a été vue et décrite avant nous ; toutes les fois que nous avons pu trouver dans un auteur une description clinique s'adaptant à la scrofule telle que nous l'avons conçue, nous ne pouvions vraiment mieux faire que de citer les paroles de ces merveilleux observateurs.

nid sur une maison abandonnée puis s'envolent en attendant que d'autres viennent faire comme eux. Accessible de toute part aux coups de ses adversaires, il semble qu'un secret instinct avertisse ce misérable être de son impuissance, et que ne pouvant résister à l'ennemi, il préfère s'en remettre à la générosité du vainqueur, plutôt que d'exaspérer sa haine en lui livrant un inutile combat.

Ce qui est vrai pour les bactéries en général, l'est aussi pour le bacille de Koch. La tuberculose du scrofuleux est une tuberculose spéciale. Elle se caractérise par la multiplicité et l'étendue des lésions, contrastant avec l'absence de réaction générale. C'est Morton, qui croyons-nous, a le premier attiré l'attention sur ce point. Peut-être cependant Morton a-t-il donné aux lésions pulmonaires des scrofuleux tuberculeux une trop grande place. A notre avis le bacille de Koch ne nous paraît avoir chez eux qu'une faible prédilection pour le parenchyme pulmonaire, et s'établir de préférence sur les tissus osseux, muqueux, et cellulaire que nous savons être si prédisposés chez les scrofuleux. Nous ferions volontiers des lésions de ces tissus décrites dans la tuberculose chronique, la caractéristique de la tuberculose des scrofuleux.

Les malades atteints de tuberculose cutanée ou osseuse présentent en effet cette langueur, cette apathie, que nous avons décrites comme particulières au tempé-

(1) R. Morton. — Phthisiologie sive tractatus de phthisi M D C XCVI Genève p. 82.

rament scrofuleux. Qu'il nous soit permis de raconter à cette occasion une petite anecdote :

Il entra dernièrement dans le service de notre maître, une femme atteinte d'une vaste ulcération de la face ; elle couvrait une partie du front, toute la région temporale gauche et venait contourner l'œil de ce côté, qu'elle avait détruit. Notre maître nous présenta cette malade, et nous fîmes immédiatement avec nos collègues, le diagnostic du lupus ulcéreux. M. Tenneson, cependant, nous fit remarquer des croûtes à contours polycycliques que cette malade présentait dans le voisinage du cuir chevelu, et porta le diagnostic de syphilis, que justifia bientôt le résultat du traitement.

Cependant en portant le diagnostic de syphilis, notre maître avait remarqué comme une marque d'assentiment de la religieuse qui soigne cette malade.

— « C'était votre diagnostic, dit M. Tenneson ? »

— « Oh ! j'avais bien vu que ce n'était pas un lupus, Monsieur, *elle est trop remuante* ; les malades qui ont un lupus se couchent ou restent tranquilles. »

Nous avons tenu à citer cette remarque, autant pour confirmer ce que nous disions plus haut, que pour rendre hommage à la vénérable femme qui en est l'auteur.

Tel est le scrofuleux physique, tel est aussi le scrofuleux psychique. Insensible à ce qui se passe autour de lui, il semble éviter toute chose qui puisse le forcer à prendre une détermination, à réveiller son activité intellectuelle. Quand un événement imprévu vient troubler la triste

uniformité de sa vie, il manifeste ses sentiments avec si peu d'éclat, que Pidoux avait appelé les scrofuleux « des animaux à sang froid ».

Il semble que trop déshérités pour pouvoir être joyeux, ils n'aient pas assez d'énergie pour lutter contre leur infortune. Leur esprit paraît se complaire mollement dans une sphère intermédiaire au plaisir et à la douleur, à la tristesse et à la joie, où il demeurent en quelque sorte à l'état indifférent.

Il semble que par une sorte d'atavisme, la prédominance du système lymphatique les ait abaissés dans l'échelle animale (Pidoux).



CONCLUSIONS

En résumé, nous pouvons dire qu'au point de vue clinique, la scrofule n'est ni une affection spécifique, microbienne, ni une lésion locale ; c'est une diathèse, c'est-à-dire un état constitutionnel caractérisé par une prédisposition à certaines lésions siégeant de préférence dans les lymphatiques, la peau, l'hypoderme, les muqueuses et la moelle des os.

Dans ces lésions nous faisons rentrer :

1° La plupart des adénites aiguës symptomatiques ; quelques-unes des adénites cervicales chroniques ; les adénites spontanées à répétition.

2° La plupart des lésions décrites dans la première période de Bazin. — Les engelures à répétition ; l'érythème induré ; les scrofulides exsudatives comprenant toutes les formes d'impetigo ; le prurigo de Hébrard *atténué* à grosses papules et peu prurigineux appelé lichen par Bazin ; l'érythème papuleux.

3° Les inflammations superficielles des muqueuses.

À ces dermatoses des scrofuleux, nous rattachons :

1° L'angio kératome de Mibelli ;

2° L'acnitis de Barthélémy (hydrosadénite suppurative de Pollitzer) ;

3° Certains eczémas du cuir chevelu et de la face qui opposent une résistance particulière aux meilleurs traitements ;

4° Certains éléphantiasis nostras des membres inférieurs consécutifs à des lymphangites répétées et dont M. Saboureau a démontré l'origine streptococcique ;

5° Les varices lymphatiques, décrites pour la première fois par M. Tenneson ;

6° Les érysipèles à répétition ;

7° La kératose pilaire ;

8° Les déformations du système osseux que nous avons décrite ;

9° Enfin, sous RÉSERVE, le lupus érythémateux.

« Toutes ces localisations (1) n'impliquent aucun tissu spécial, ni des lésions anatomiques exclusivement propres aux scrofules, ce qui s'oppose à leur identification avec les tubercules, semblables dans cette absence d'un tissu propre et d'une matière reconnaissable par les sens, aux affections syphilitiques, les scrofules en diffèrent cependant d'une manière notable par leur ensemble pathologique. La tendance à la généralisation et à la succession des lésions ne permet pas non plus de les classer parmi les phlegmasies simples. Il faut donc admettre pour ces affections une disposition spéciale de l'organisme à laquelle on peut conserver le nom de scrofule ».

(1) Lebert, l. cit.

DEUXIÈME PARTIE

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Si les considérations que nous venons d'exposer pouvaient être considérées comme justes, nous ne nous ferions cependant aucune illusion sur leur portée. La seule utilité de ce mémoire eût été de dégager de la tuberculose et de la syphilis les manifestations cliniques de la scrofule ; mais nous avons conclu en disant que ce qui seul méritait ce nom de scrofule ou de scrofulose, était une prédisposition particulière de l'organisme ; or cette prédisposition, nous n'avons pas dit en quoi elle consistait.

« Tous les phénomènes physiologiques, pathologiques ou toxiques ne sont au fond, que des actions cellulaires générales ou spéciales », dit Claude Bernard. On pourrait ajouter que toute action cellulaire n'est au fond qu'une manière d'être des substances qui constituent cette cellule. Il suit de là qu'en dernière analyse, toutes nos fonctions à l'état physiologique ou pathologiques reviennent aux processus biochimiques qui se passent dans notre organisme. Il faudrait donc compléter l'étude clinique que nous avons faite par une étude anatomo-pathologique et biochimique des scrofuleux. Nous en avons eu l'idée au

début de cette thèse, et nous étions allés demander à M. le professeur Richet, des indications à ce sujet. Cet éminent maître nous les a données avec beaucoup de bienveillance, nous tenons encore à l'en remercier ici. Mais ainsi qu'il nous le disait lui-même : ce sont de longues recherches qu'il eût fallu entreprendre, pour arriver à un résultat définitif. Des circonstances diverses nous ayant forcé à publier notre thèse maintenant, nous n'avons pu qu'ébaucher des recherches que nous nous proposons de continuer plus tard. Nous prions donc nos juges de bien vouloir accepter les quelques lignes qui vont suivre, comme de simples considérations et non comme des conclusions définitives.

La scrofule étant une maladie essentiellement constitutionnelle, il était tout indiqué de chercher des lésions dans les tissus qui sont universellement répandus dans l'organisme : c'est-à-dire dans le sang ou dans la lymphe.

Lebert dit qu'il lui a été impossible de spécifier des différences microscopiques du sang.

En est-il de même pour le système lymphatique ?

Nous croyons, pour notre part, que toutes les lésions des scrofuleux peuvent se rapporter à une malformation de ce système. Nous avons insisté déjà sur cette vulnérabilité particulière du système lymphatique chez les scrofuleux. Les adénites sont en quelque sorte leurs lésions de prédilection. On sait combien les muqueuses, si souvent atteintes chez eux, sont riches en cellules lymphoïdes et en vaisseaux lymphatiques.

D'autre part, les adénites strumeuses, décrites par Cornil et Ranvier, les varices lymphatiques, observées par notre Maître et M. le Dr Du Castel, ne nous autorisent-elles pas à supposer que la diathèse scrofuleuse se traduit anatomiquement par une faiblesse particulière du système lymphatique ? C'était l'opinion de Pidoux (1) : « Le tissu conjonctif, dit-il, et tous les tissus qui en sont des équivalents histologiques, sont très sujets, dans la scrofule, à des gonflements, à des pléthores et des stases lymphatiques qui témoignent d'une exubérance et tout à la fois d'une faiblesse des éléments organiques du système lymphatique et de ses produits, les sucs nutritifs.... La scrofule suppose un système lymphatique prédominant et en excès ». Les déformations osseuses elles-mêmes sont loin d'être en opposition avec cette manière de voir. On sait que la moelle osseuse contient une grande quantité de tissus lymphoïde, et que Ranvier ne voit aucune différence entre les médullocelles et les cellules lymphatiques. Enfin, bien que la leucocytose ne soit pas aussi accentuée chez les scrofuleux qu'on aurait pu le supposer, elle n'en est pas moins constante (2). C'est cette exhubérance du système lymphatique qui a fait donner le nom de « *lymphatiques* » à certains individus qui, pour nous, ne sont que des scrofuleux.

C'est donc bien à tort que beaucoup d'auteurs regar-

(1) Pidoux. Etudes sur la phtisie. Paris, 1877.

(2) Arm. Gautier. Chimie biologique.

dent le lymphatisme comme une prédisposition à la scrofule, ou comme une scrofule atténuée. Lymphatisme et scrofule ne font qu'un, si on admet notre conception de la scrofule. Toutefois, le mot *lymphatisme* a pour nous un sens un peu différent de celui que lui donnaient les anciens. Là où ils ne voyaient qu'une prédominance de la lymphe sur les autres humeurs, nous voyons une malformation et une vulnérabilité du système lymphatique tout entier.

On élèvera peut-être une objection contre notre interprétation. Depuis les travaux de Metschnikoff, il est généralement admis que les cellules lymphatiques ont pour fonction d'attaquer les microbes qui ont pénétré dans l'organisme et de les anéantir. Si ces cellules sont en excès, comment se fait-il que les scrofuleux soient aussi sujets aux suppurations ? Nous pourrions répondre que l'excès de globules blancs dans le sang des scrofuleux n'est pas une hypothèse, mais un fait d'observation, et que cela est par conséquent indiscutable. Mais nous ne croyons pas qu'il soit impossible d'allier l'opinion si autorisée de M. Metschnikoff à la présence de leucocytes en excès chez les lymphatiques (1). Dans un article fort intéressant publié dans le *Journal of physiology* (2). MM. Kanthack et Hardy, montrant que la phagocytose n'est pas un phé-

(1) Nous l'avons dit, pour nous « lymphatisme » est synonyme de « scrofule ».

(2) Tome XVII, Août, 1895, p. 81.

nomène aussi simple qu'on aurait pu se l'imaginer. Il existe différentes espèces de globules blancs parmi lesquelles les uns représentent des cellules dites « hyalines », et d'autres dites « oxyphiles » pourvues de granulations plus ou moins volumineuses. Ces auteurs, en injectant des bacilles dans le péritoine d'animaux qu'ils sacrifiaient ensuite, constatèrent que le premier effet de cette injection était la désagrégation d'une certaine quantité de cellules lymphatiques. « Cet effet est constant, mais varie beaucoup d'intensité. Cela dépend probablement beaucoup non pas de l'influence immédiate des bacilles, mais de l'action des substances qui sont injectées en même temps qu'eux... Le degré de destruction des cellules lymphatiques ne dépend pas uniquement des bacilles injectés, mais de ses forces vitales, du *médium employé comme véhicule d'injection* et de la dose... »

Cette destruction comprend principalement les cellules oxyphiles et les cellules basophiles de façon que les granulations basophiles et les fragments de cellules onyphiles peuvent être découverts en grand nombre dans le plasma. Cette désagrégation de cellules doit profondément altérer la constitution chimique du plasma et *peut par conséquent jouer un rôle important dans la lutte contre les bacilles.....* Très peu de temps après l'introduction des bacilles, ceux-ci sont attaqués par les cellules onyphiles à grosses granulations. L'attaque est faite d'une façon telle que les cellules s'attachent aux bacilles et perdent leurs granulations oxyphiles... La cellule hyaline commence à

engloutir les bacilles un peu plus tard... Dans un article antérieur ayant trait à la façon dont les cellules de la grenouille se comportent vis-à-vis des micro-organismes, nous signalions la différence qui existe entre l'attaque menée par la cellule oxyphile (caractérisée par l'adhérence des cellules aux bacilles et l'excrétion de leurs granulations), d'une part, et l'activité « engloutissante » ou phagocytiques des cellules hyalines, d'autre part ; les mêmes différences s'observent entre le mode d'action des cellules onyphiles à grosses granulations et les cellules hyalines des mammifères.....

« Quand on observe la lutte contre les bacilles dans des gouttes suspendues de liquide pustuleux ou dans les chambres de Ziegler, on voit les cellules onyphiles à grosses granulations attaquer les bacilles en même temps que leurs granulations diminuent. L'attaque est rapidement menée *et est vite suivie de phagocytose. Ce dernier processus qui est exécuté par les cellules hyalines commence beaucoup plus tôt qu'on ne le suppose généralement et est à son maximum à peu près 25 minutes après l'introduction des bacilles* ».

Ainsi parmi les nombreuses circonstances qui entrent en jeu dans la lutte des globules blancs contre les microbes, il faut tenir compte du milieu dans lequel les bacilles se trouvent incorporés et de *l'action combinée des cellules oxyphiles et hyalines*. Or on a constaté l'excès de globules blancs dans le sang des scrofuleux. Nous croyons avoir le droit d'en conclure avec Pidoux qu'il y a excès dans la

production de la lymphe, mais cela ne nous dit rien des *qualités du plasma lymphatique ni de la nature et des fonctions complexes des cellules lymphatiques chez les scrofuleux*. La simple constatation d'une leucocytose chez les lymphatiques n'est donc nullement en contradiction avec les faits de Metschnikoff, Kanthack et Hardy.

Si anatomiquement la scrofule peut être caractérisée par une lésion du système lymphatique, quelle est sa cause ?

Trois hypothèses sont d'abord à envisager.

Est-elle héréditaire ?

Est-elle acquise ?

Est-elle héréditaire chez les uns, acquise chez les autres ?

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur la première question ; personne n'a jamais douté de l'hérédité comme cause de la scrofule. On la trouve nettement indiquée dans toutes les observations de Lugol, dans la plupart de celles de Bazin. Mais un individu quelconque peut-il devenir scrofuleux ? Pour pouvoir répondre par l'affirmative à cette question, il semble qu'il faudrait citer des observations bien authentiques de scrofules acquises, ou au moins montrer l'évolution du processus, qui pourrait transformer l'organisme, primitivement normal, en un organisme scrofuleux. Des faits, nous n'en connaissons pas. Bien au contraire, Lugol, qui avait étudié l'étiologie de la scrofule avec tant de soin, niait qu'elle pût s'acquérir. Quel processus pourrait donc faire évoluer un individu

jusqu'à le rendre scrofuleux ? Ce n'est assurément pas une affection locale, quelle qu'elle soit, qui pourrait produire, dans l'économie, des modifications aussi profondes et aussi générales. Quand un organe important subit des lésions graves ou répétées, il peut résulter de l'altération ou de la suppression de ses fonctions, des troubles de nutrition tels que l'organisme tout entier en subisse les conséquences ; mais alors le défaut d'équilibre résultant de la lésion primitive se fera sentir également dans tous les tissus et n'aura pas comme, dans la scrofule, son siège exclusif sur un système.

Il en est de même des maladies infectieuses ; elle peuvent affecter un *appareil* tout entier, infecter tous les tissus de l'individu, mais jamais une infection quelconque ne pourra modifier la *constitution organique* d'un *système*. Mais, nous dira-t-on, en dehors des lésions locales ou générales, n'y a-t-il pas d'autres circonstances qui peuvent modifier petit à petit un individu. Certaines conditions atmosphériques ou hygiéniques, la misère, le surmenage ne peuvent-ils pas miner, pour ainsi dire, l'économie en s'attaquant de préférence au système lymphatique comme l'alcool par exemple s'attaque au système artériel ? N'admettez-vous pas qu'un alcoolique puisse devenir artério-scléreux ? Parfaitement, répondons-nous, mais un alcoolique commence à boire à trente ans et devient artério-scléreux à soixante. Or, outre (1) les lésions osseuses

(1) Congénital ne veut pas dire héréditaire.

qui sont congénitales, les manifestations du lymphatique ont lieu dans la jeunesse et dans l'adolescence.

En présence de lésions systématiques et des manifestations de la scrofule avant l'âge adulte d'une part ; et en l'absence d'observations de scrofule acquise d'autre part, nous croyons avec Lugol que cette diathèse ne peut qu'être héréditaire.

Mais comment comprendre cette hérédité ?

On a répondu de trois manières à cette question :

Pour Lugol, toute tare organique des parents peut se traduire par le scrofule de leurs enfants.

Pour Lebert et Bazin, un scrofuleux ne peut naître que d'un scrofuleux (1).

Enfin il est une opinion plus récente qui fait de la scrofule une tuberculose atténuée. Les parents tuberculeux procréent des enfants lymphatiques, et ces derniers portant en eux le germe atténué de la tuberculose y sont réfractaires. Cette hypothèse est aussi attrayante par son ingéniosité que par l'incontestable autorité de ceux qui l'ont émise. Mais nous ne croyons pas qu'elle réponde exactement aux faits. Elle est d'ailleurs la négation de notre thèse.

Les enfants des tuberculeux peuvent se diviser en deux classes. Dans la première se rangent les enfants qui naissent avec des lésions tuberculeuses. On admet que

(1) Emise par M. Arloing (in Straus. La tuberculose et son bacille).

dans ces cas, les microbes ont été transmis de la mère à l'enfant par les villosités choriales du placenta. Bien que ces faits de tuberculose héréditaire soient *extrêmement rares*, quelques auteurs français et allemands en ont cependant publié des observations incontestables avec coupes à l'appui.

Dans l'immense majorité des cas, les enfants naissent *tuberculisables* mais non tuberculeux. Or, M. Sevestre a montré dans une communication qui n'est pas très ancienne que, lorsque des enfants nés de tuberculeux étaient éloignés de leurs parents et envoyés à la campagne, ils devenaient robustes et ne présentaient dans les suites aucune lésion tuberculeuse. Quand au contraire ces mêmes enfants restent avec leurs parents, ils sont presque tous fatalement voués à la tuberculose ; cela prouve que créés dans de mauvaises conditions, ces enfants débiles étaient en état de réceptivité. Si leur tuberculose avait été acquise dans tout autre condition on pourrait à la rigueur, soutenir qu'ils étaient immunisés par rapport aux microbes de leurs parents, car l'immunité est variable, non seulement par rapport aux différents microbes, mais encore par rapport aux degrés de virulence de ces germes infectieux ; mais nous savons que les enfants sont infectés par les mêmes microbes (ceux des parents) qui, d'après l'hypothèse en question, auraient servi à les immuniser ! Cela nous paraît difficile à admettre.

Faut-il penser, d'autre part, que la scrofule seule soit capable d'engendrer la scrofule ?

Etant donné les caractères si spéciaux que nous avons accordé à cette diathèse, on serait tenté de répondre tout d'abord par l'affirmative. Lugol ne le croit pas, cependant, et, dans son *Traité sur la scrofule*, il cite de nombreuses observations de scrofuleux dans lesquelles on ne trouvait chez les parents aucune tare scrofuleuse. On sait l'importance que cet auteur donne, dans son livre, au chapitre de l'hérédité ; nous ne pouvons la résumer ici, et nous renvoyons à son ouvrage pour plus ample vérification (1).

Nous ne nous arrêterons que pour rappeler que des parents tuberculeux engendrent fréquemment des enfants scrofuleux ; et, d'autre part, on lira dans la thèse de notre collègue et ami, Paul Grasset (2), deux observations (XIII et XIV) de scrofuleux issus de souche syphilitique. Ces enfants, qui ont eu de l'impétigo et des suppurations diverses, ont guéri par suite du traitement à l'huile de foie de morue, alors que le traitement spécifique n'avait amené aucune amélioration. Ces faits, et la plupart de ceux de Lugol, nous paraissent incontestables et nous permettent, par conséquent, de répondre formellement aux questions que nous posions plus haut. Nous croyons, d'ailleurs, qu'il n'y a rien dans ces faits qui doivent choquer nos idées. Quoi d'étonnant à ce qu'un individu puisse être atteint d'affections multiples qui, sans pouvoir transfor-

(1) Lugol, loc. cit.

(2) Paul Grasset. *Etude sur les rapports du scrofulo-lymphatique avec la tuberculose et la syphilis*. Thèse Paris, 1894.

mer la constitution organique de tout son système lymphatique, puisse, cependant assez, troubler ses fonctions pour que cette faiblesse se manifeste, chez ses enfants, par une *malformation* de ce même système ? Nous croyons, avec Lugol, que telle est la cause première du lymphatisme, et que de nombreuses affections acquises peuvent se traduire, chez certains malades, par la scrofule de leurs enfants.

Mais ce vice de construction une fois établi, quel désordre va-t-il entraîner dans le fonctionnement de l'organisme ? Si, comme nous l'avons dit, toute action cellulaire n'est qu'une manière d'être des éléments qui constituent cette cellule, la scrofule dont l'action cellulaire du système lymphatique est spéciale doit se traduire par des phénomènes spéciaux dans la constitution chimique des malades qu'elle frappe. Or, toute modification dans les échanges chimiques de l'organisme doit se traduire en partie par des modifications correspondantes dans les sécrétions et les excrétions ; aussi avons-nous recherché les particularités que pouvaient présenter les urines scrofuleuses.

Considérations sur le rôle des chlorures chez les scrofuleux.

Plusieurs analyses faites obligeamment par M. Ratié, interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis, nous avaient frappé par l'excès de chlorures dans les urines examinées. Nous avons fait part de ce fait à notre maître M. Tenneson.

ainsi que de notre intention de poursuivre nos recherches dans ce sens, quand il nous fit observer que beaucoup de physiologistes déniaient à l'organisme le pouvoir de produire des chlorures, et prétendaient que le chlore décélé dans les urines exprimait exactement la quantité de chlorures contenus dans les aliments. C'est, croyons-nous, l'opinion de M. le professeur Richet.

Elle n'est cependant pas partagée par M. Porte, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. On peut en effet objecter que le nouveau-né urine des chlorures, et qu'il n'en n'absorbe dans son lait que des quantités insignifiantes.

D'ailleurs, le chlorure de sodium est considéré comme un des sels inorganiques les plus utiles au maintien des forces de l'organisme humain ; si ce dernier rendait tout ce qu'il absorbe et n'était pas capable d'en produire par lui-même, comment pourrait-il maintenir son équilibre ?

Enfin, la malade (1) examinée et qui présenta à plusieurs reprises un excès notable de chlore dans ses urines, était au régime lacté absolu depuis trois semaines.

Nous avons examiné nous-même, dans le laboratoire que l'extrême obligeance de M. Porte avait mis à notre disposition, nous avons examiné les urines de deux malades scrofuleux, traités dans le service de M. Tenneson. L'un, H..., est traité salle Cazenase, lit n° 21.

(1) C'est la malade couchée n° 10, salle Bielt, sur qui ont été observés les varices lymphatiques, les érysipèles à répétition et les adénites spontanées à répétition.

Son père et sa mère sont actuellement vivants. Il n'a jamais toussé ni craché le sang, mais a eu la gourme, des maux d'yeux fréquents, quelquefois des suintements de l'oreille gauche, bien que le rocher n'ait jamais été douloureux. Ce malade est mis au régime lacté partiel et ses urines sont examinées quotidiennement pendant 9 jours consécutifs ; nous ne trouvons que de légères différences dans le chiffre des chlorures ; il ne varient que de 1 à 3 grammes par jour, et représentant une moyenne de 24 grammes de chlorure par 24 heures.

Le second sujet est une fille âgée de 13 ans. (Salle Gibert n° 16). Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux chez ses parents. Elle a un frère âgé de 10 ans qui n'est pas malade, mais qui a eu la gourme.

La malade elle-même a eu la gourme et des maux d'yeux. *Adénites spontanées à répétition*. Son urine examinée pendant huit jours consécutifs, donne une moyenne de 22 grammes de chlorure.

Voilà donc deux malades qui ont une hyperchlorurie notable (de près du double du chiffre normal). Nous espérons pouvoir faire de ce fait une *caractéristique* chimique de la scrofule ; cette hypothèse nous semblait d'autant plus rationnelle, que dans l'analyse chimique de la lymphe M. A. Gautier (1) constate qu'à part l'eau qui forme le plasma et l'albumine, c'est le chlorure de sodium qui est de beaucoup la substance la plus abondante de ce liquide. Il était donc tout indiqué de rapprocher l'exhubérance

(1) Chimie biologique p. 458.

du système lymphatique chez les scrofuleux de leur hyperchlorurie.

D'autre part, Lebert dit que Boudet en analysant la matière crétacée des tuberculeux l'a trouvé composée de la manière suivante :

Sels solubles.....	0.701
Résidus.....	0.995

Ces sels solubles étaient composés de chlorure de sodium, de sulfate de soude et de phosphate de soude. En voyant cette accumulation de chlorure au niveau des foyers tuberculeux, nous avons pensé que ces malades devaient en uriner d'autant moins qu'ils en amassaient dans leurs poumons, et nous espérions avoir trouvé un caractère différentiel entre les tuberculeux et les scrofuleux dans ce fait que les premiers ont de l'hypochlorurie, tandis que les seconds ont de l'hyperchlorurie. Nous avons interrogé les livres classiques pour voir ce qu'étaient les urines tuberculeuses, et nous y avons constaté partout qu'elles contenaient un *excès de chlorure*. Cette affirmation est évidemment en contradiction avec notre hypothèse, et cependant on ne saurait mettre en doute l'examen direct des matières tuberculeuses faite par Boudet.

Nous croyons pouvoir fournir une interprétation concordant avec ces deux ordres de faits.

Une conséquence fâcheuse de la doctrine uniciste, touchant la tuberculose, aura été de confondre sous un seul nom des maladies aussi différentes que possible, par leur lésion, leur évolution et leur pronostic.

Ce malade est tuberculeux, il présente des bacilles de

Koch, et tout est dit ; le microscope croit ainsi avoir poussé la précision jusqu'aux limites extrêmes qui soient fixées à la science ; et pourtant, qu'est-ce que cette phrase nous dit ? Un médecin apprend qu'un de ses amis, s'étant brusquement refroidi, a contracté une pneumonie. Sans doute cette simple affirmation ne lui permet pas de faire un diagnostic complet, ni de porter un pronostic certain, mais elle donne cependant à son esprit une direction déterminée, elle lui donne, sur les lésions du malade, sur leur évolution et leur pronostic, des idées qui ne peuvent osciller que dans d'étroites limites. En serait-il de même, si on lui disait : « Je vous amènerai un malade qui est tuberculeux. » Ce malade est tuberculeux ? mais il peut être atteint d'une infection généralisée, à début brusque, à marche rapide, dont le pronostic est fatal ; il est peut-être frappé de granulie aiguë... Ce malade est tuberculeux ? peut-être a-t-il depuis longtemps des lésions à évolution lente, à marche essentiellement chronique ; il ne paraît avoir que des lésions osseuses et cutanées ; il guérira presque sûrement s'il est riche et s'il peut se soigner longtemps et convenablement.

Enfin peut-être notre malade est-il atteint de tuberculose pulmonaire commune, il présente alors une affection locale, nettement limitée, au poumon dont l'évolution et le pronostic sont liés directement à l'ancienneté et à l'étendue de la lésion.

Mais qu'importe toutes ces distinctions dira le microscope ? N'ont-ils pas tous dans leurs tissus le même microbe

qui a produit la même lésion : le tubercule. Loin de nous, de discuter ici la passionnante question de l'unité de la tuberculose ; nous nous contenterons de rappeler que des hommes de la valeur de M. Bard (1) soutiennent sur des arguments histologiques la pluralité des tubercules. Ce que nous pouvons affirmer c'est qu'au point de vue clinique, ces trois malades sont aussi différents qu'un syphilitique l'est d'un typhique. « Quelle absurdité ! » dira-t-on. N'arrive-t-il pas souvent à un scrofuleux tuberculeux de mourir de tuberculose pulmonaire ? Nous croyons qu'il est plus rare de voir un lupique mourir de granulie aiguë qu'un homme contracter la vérole à vingt ans et la fièvre typhoïde à trente. Ce qui est certain, c'est qu'il n'est pas possible de comparer les transformations chimiques qui conduiront en trois semaines un granulique au tombeau avec celles qui se produisent chez un lupique qui vivra encore 40 ans avec son lupus, et ne sera pas tué par lui.

A notre avis, au point de vue des phénomènes biochimiques qui se passent dans l'intimité de nos tissus, la tuberculose doit se diviser au moins en trois parties. La première répond à la granulie aiguë à ce que nos devanciers appelaient phthisie galopante.

La seconde répond à la tuberculose pulmonaire.

La troisième est une forme de tuberculose dans laquelle les lésions pulmonaires s'effacent en quelque sorte devant les lésions des os, du système cellulaire de la peau et des

(1) Bard. — L. c.

ganglions. Chez ces malades il semble que les bacilles tuberculeux aient remplacé dans le système lymphatique les microbes ordinaires de la suppuration ; nous appellerions volontiers cette troisième forme de tuberculose, la tuberculose des scrofuleux.

Eh bien ! Les urines, et en particulier les proportions de chlorures qu'elles contiennent sont-elles les mêmes dans les trois formes de tuberculoses ?

Nous avons examiné pendant huit jours consécutifs trois malades tuberculeux dans le service de notre maître.

Deux d'entre eux étaient des scrofuleux (1). Ils étaient atteints de lupus ; leurs lésions pulmonaires étaient fort peu avancées chez l'un, impossibles à diagnostiquer cliniquement chez l'autre. Ces deux malades avaient tous deux de l'hyperchlorurie, l'un avait en moyenne 16 grammes de chlorures par 24 heures, l'autre en moyenne de 18 grammes par 24 heures. Le troisième malade était atteint d'une tuberculose acquise datant de trois ans, avec de vastes lésions pulmonaires ; la moyenne de ses chlorures oscillait entre 3 gram. 50 et 4 grammes 30 par 24 heures !

Ainsi nos analyses nous montrent les résultats suivants :

Scrofuleux.....	22 et 28 gr. de chlorure
Scrofuleux tuberculeux....	16 et 18 gr. —
(faibles lésions pulmon.)	

(1) Nous n'avons pas besoin de dire que le fait qu'un homme devient tuberculeux ne l'empêche pas de rester scrofuleux. Or, nos malades avaient eu la gourme, des maux d'yeux, etc.

Tuberculeux 3 gr. 50 cent. —
(vastes lésions pulmon.)

Ces observations portent sur un trop petit nombre de malades pour pouvoir être considérées comme définitives ; si nous les citons, c'est qu'elles semblent concorder avec les résultats de Boudet, car elles montrent que la quantité des chlorures dans les urines est en proportion inverse des lésions pulmonaires, et que si les tuberculeux scrofuleux ont de l'hyperchlorurie, c'est parcequ'ils sont des *lymphatiques par excès*. Leurs chlorurie diminue avec leurs lésions pulmonaires. Si maintenant on objecte que la diminution excessive des chlorures notée chez notre tuberculeux pulmonaire était peut-être due à la cachexie, nous répondrons que les auteurs et entre autres M. Robin, ont noté de l'*hypochlorurie* dans la granulée aigüe, parce qu'ici les lésions pulmonaires sont immédiatement considérables.

Ces considérations sur le chlorure de sodium ne pourraient-elles pas nous expliquer pourquoi la tuberculose s'accompagne d'un état général relativement si satisfaisant chez les scrofuleux, alors qu'elle provoque de si brusques et de si graves changements quand elle frappe un individu non scrofuleux ?

Si, comme on l'a prétendu, le chlorure de sodium est un sel éminemment utile à la conservation des forces de l'organisme, il est évident qu'une perte brusque de ce sel devra s'accompagner d'une rapide diminution des forces.

Or, chez un individu non scrofuleux, les tubercules

pulmonaires lui soustraient une certaine quantité de chlorures et font immédiatement descendre le taux des chlorures *utilisés* dans l'économie, au-dessous de la moyenne nécessaire à l'équilibre de nos tissus. Au contraire, le scrofuleux qui en fabrique en excès, peut en immobiliser une partie dans ses poumons sans que les forces ne diminuent sensiblement. Si enfin l'organisme scrofuleux fonctionne mal, cela tient à ce que l'immense quantité de chlorures qu'il fabrique est sans doute constituée aux *dépens d'autres matériaux utiles* d'où manque d'équilibre dans ses tissus.



CONCLUSIONS

S'il nous était permis de résumer ces quelques considérations qui nous le répétons n'ont pas la prétention d'être définitives ; nous disions que :

1° La scrofule est une malformation du système lymphatique ;

2° Cette malformation est toujours héréditaire et peut être transmise soit par des parents scrofuleux eux mêmes, soit par des parents présentant des tares organiques diverses. Hérité direct dans le premier cas ; indirecte dans le second.

Au point de vue clinique, le lymphatisme ou scrofule se traduit par l'ensemble symptomatique que nous avons étudié dans la première partie de ce mémoire.

4. Au point de vue chimique, ce lymphatisme s'accompagne de troubles de nutrition divers *dont un des éléments est la production de chlorures ou excès.*

5, Cette hyperchlorurie arganique pourrait expliquer

pourquoi dans les cas d'infection tuberculeuse, les serofuleux peuvent fabriquer des tubercules sans subir une déchéance générale trop prononcée.

Vu : Le Président de la Thèse,
STRAUS.

Vu par le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

